

ASPERGILLOSE PULMONAIRE CHEZ UN ANCIEN TUBERCULEUX EN MILIEU SPECIALISE DE BAMAKO

DAO S¹, DIALLO S², MAIGA I³, SISSOKO F², KAYANTAO D²

sounkalomdao@yahoo.fr Bp 333 hopital du Point G

1- Service des Maladies infectieuses hôpital du Point G

2- Service de Pneumo-phthisiologie du Point G

3- Laboratoire du point G

RESUME

Il s'agit d'un homme de 77 ans admis pour une hémoptysie de petite abondance et aux antécédents de tuberculose pulmonaire. Cette hémoptysie évoluait depuis 15 jours dans un contexte de fièvre à 38,5 °C et des râles crépitants au champ pulmonaire droit. Après avoir éliminé une tuberculose par la bacilloscopie, la recherche dans les crachats d'aspergillus a été négative. La radiographie pulmonaire standard a révélé une opacité rétractile au champ pulmonaire droit. Un traitement à base d'amoxicilline a été bien conduit pendant deux semaines sans succès. Le diagnostic d'aspergillose pulmonaire fut retenu suite à une sérologie aspergillaire fortement positive.

MOTS CLES : aspergillose- tuberculose- Bamako

INTRODUCTION :

L'aspergillose pulmonaire est l'ensemble des manifestations pathologiques liées au développement des champignons de genre *aspergillus* au niveau de l'arbre bronchique, du parenchyme pulmonaire ou de la plèvre(1,2). Les manifestations cliniques et radiologiques sont diverses. L'image en grelot est la plus spécifique en cas d'aspergillose(1). La tuberculose précède généralement l'aspergillose, leurs aspects clinique et radiologique sont similaires(3). Plus de 58% des cas d'aspergillose ont des antécédents de tuberculose(4).

En Afrique Subsaharienne la recrudescence de la tuberculose à l'ère du VIH est un facteur d'apparition d'aspergillose(5).

Au Mali l'aspergillose n'a pas fait d'objet d'études spécifiques. Notre présentation clinique a pour but d'attirer l'attention des praticiens hospitaliers sur cette pathologie en absence d'image radiologique spécifique.

PRESENTATION DU CAS

Il s'agissait d'un homme de 77 ans, cultivateur à Siby, une ville à l'ouest de Bamako. Il a été admis le 16 juin 2001 pour une hémoptysie de petite abondance. Le début remontait à 15 jours, marqué par l'apparition d'une hémoptysie de petite abondance. Elle était accompagnée d'une dyspnée de grade II, d'une sensation de fièvre, une anorexie et une altération de l'état général. On note dans les antécédents une tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose a été déclarée guérie il y a trois ans.

ABSTRACT

It is about a 77 years old man admitted for a small hemoptysis and a tuberculosis history that hemoptysis had been developing in a context of 38,5 °C fever plus some crepitant rales in the right pulmonary area. After tuberculosis has been eliminated through the bacilloscopy procedure, investigations of aspergillus in the sputa have been negative. A pulmonary x ray revealed a retractile standard opacity in right pulmonary area. Amoxicilline based treatment has been conducted for two weeks in vain. Finally the pulmonary aspergillosis diagnosis pulmonary was then accepted following highly positive aspergillary serology

KEY WORDS : Aspergillosis -tuberculosis - Bamako

L'examen clinique a noté sur le plan général des conjonctives pâles, une température à 38,7 °C, une perte de poids de 4 kg. Au plan pulmonaire une asymétrie thoracique, une fréquence respiratoire à 22 cycles /mn, des râles au champ pulmonaire droit. Le reste de l'examen était normal.

Le Diagnostic de récurrence de la tuberculose pulmonaire a été évoqué, l'examen direct des crachats à la recherche de bacille acido alcalo résistant a été négatif. La radiographie standard a noté à droite à droite un aspect rétractile avec une opacité nodulaire.

Un traitement à base d'Amoxicilline gélule 500mg 2gélules toutes les huit heures a été associé à l'Etamsylate 5 ml 1 ampoule en intraveineuse toutes les huit heures. Au bout de cinq jours, l'hémoptysie s'est arrêtée mais la fièvre a persisté sur un mode intermittent et l'état général demeurait altéré et une radiographie pulmonaire de contrôle notait un aspect identique à la première. Le diagnostic d'aspergillose a été évoqué. La recherche d'aspergillus à l'examen direct des crachats a été négative. La recherche d'anticorps antiaspergillaire par l'hémagglutination indirecte a été positive à la plus faible dilution 1 /40960^{ème} et l'électrosynerère a révélé 10 arcs de précipitation. La recherche d'anticorps anti-catalase et antichymotrypsine a été positive respectivement à la technique d'Ouschterlony et de co-électrosynerère. Au vu de ces résultats reçus après le décès du patient, le diagnostic d'aspergillose pulmonaire fut retenu.

DISCUSSION

Les procédures diagnostiques de cas présentent des insuffisances : la fibroscopie bronchique n'a pu être réalisée de même que la recherche d'*aspergillus* sur le liquide d'aspiration bronchique pour des raisons techniques. L'image d'aspergillome non retrouvé à la radiographie standard n'a pu être recherché au scanner pour les mêmes raisons techniques. Cependant la positivité de la sérologie aspergillaire à ces quatre techniques précitées nous a permis de retenir le diagnostic d'aspergillose chez ce patient. La présence de l'hémoptysie comme maître symptôme est conforme avec la littérature(1,6). L'aspergillome peut être difficilement perceptible à la radiographie standard(7). L'aspect radiologique de fibrose nodulaire peut cacher un aspergillome. Cet aspect fut décrit par ZU.Khan et all(7). La radiographie pulmonaire peut être normale ou atypique dans 29% à 70% même dans l'aspergillose pulmonaire invasive(8). Les anticorps antiaspergillaires sont associés à l'hémoptysie chez les patients présentant des lésions de tuberculose séquellaire.

La pratique courante de la sérologie aspergillaire devant une hémoptysie permettra d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'aspergillose pulmonaire dans les pays en voie de développement comme le Mali

REFERENCES

1. Drouhet E, Dupont B, Les mycoses pulmonaires. Encycl. Med. Chir.(Paris-France)Poumon 6003 10 1989 4-7
2. Ben Abdallah R, Belhadj S, Kallel K, Boussen N, Ghobantini A, Baccae MA, Zouiten F, Ben Driss MF, Barsaoui S, Daghfous J, Ben Chaabane T, Chartier E. Bonchopulmonary aspergillosis : Study of 17 cases Tunis Med. 2002 Feb ; 80(2). 82
3. Voicin C, Bervar J F, Stach J E Aspergillus et aspergillose clinique Editions cliniques Encyclo Med Chir Paris France. Mal. Infect. 8. 6000-A-20 1994 6P
4. O'Fel(Ann) Parasitologie Mycologie Maladies parasitaires et fongiques Paris C et R. 3 1987 245.
5. Drouhet L, Camey et Segretin G. Valeur de l'immunoprécipitation et de l'immunofluorescence indirecte dans les aspergilloses broncho-pulmonaires. Annale de l'institut Pasteur 1972, 123 379-95.
6. Lee SH, Lee BJ, Jung Do Y and ALL Clinical manifestations and treatment outcome and pulmonary aspergilloma Korean J Intern Med. 2004 19(1) 38-42
7. Zu.u.khan, M.Kortom, R.Mrouf R, Chandy, MG Rinaldi and D. Asutaton Bilateral pulmonary aspergilloma caused by an atypical isolate of aspergillosis acta radiologica. 43(3) : May 2002 292-298
8. Hauggard A, Ellis, M. Ekelund, L. Early chest radiography and CT in diagnosis, management and outcome of invasive pulmonary aspergillosis acta radiologica 43(3): 292-98
9. Chu CM, Woo PC, Chong KT, Leung WS, Chan VL Association of presence of *aspergillus* antibody with hemoptysis in patients with old tuberculosis or bronchiectasis but no radiologically visible mycetoma J clin microbiol. 2004 Feb ; 42(2) : 665-9